



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag Elverum

Elise Furuholmen Haugstad

Kandidatnummer

439

Veileder Cecilie Dangmann

Fordypningsoppgave

4HFORD1

Endelig hjemme-Glede og utfordringer

HELSØ vår 2016

Antall ord 5467

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA ☒ NEI ☒

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA ☒ NEI ☒

Innhold

NORSK SAMMENDRAG.....	5
1.0 INNLEDNING.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Hensikt og problemstilling.....	6
1.3 Avgrensninger og begrepsavklaringer.....	7
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV.....	8
2.1 Det premature barnet.....	8
2.2 Å få et prematurt barn.....	8
2.3 Hjemkomsten.....	8
2.4 Faglige retningslinjer for oppfølging av premature barn.....	9
2.5 Samspill og tilknytning.....	9
2.6 Helsesøster og helsestasjonstjenesten.....	10
3.0 METODE.....	11
3.1 Litteraturstudie.....	11
3.2 Søkeprosessen.....	12
3.3 Seleksjonskriterier.....	12
4.0 RESULTAT.....	14
4.1 Oppsummering av inkluderte artikler.....	14
4.2 Foreldrenes opplevelse av å få et prematurt barn.....	15

4.3 Samspill og tilknytning.....	15
4.4 Hjemkomsten.....	16
4.5 Møte med helsesøster.....	16
5.0 DISKUSJON.....	18
5.1 Foreldrenes opplevelse av å få et prematurt barn.....	18
5.2 Samspill og tilknytning.....	18
5.3 Hjemkomsten.....	19
5.4 Møte med helsesøster.....	19
6.0 KONKLUSJON.....	22
LITTERATURLISTE.....	23
VEDLEGG 1.	

Norsk sammendrag

Tittel: Endelig hjemme- Glede og utfordringer.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan helsesøster best kan møte premature og deres foreldre når de utskrives fra sykehuset. Helsestasjonen har hovedansvar for oppfølgingen av disse barna, derfor anser jeg tema som svært aktuelt for helsesøstre.

Problemstilling: Hvordan kan helsesøster ivareta foreldre som kommer hjem med sitt premature barn?

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Jeg har søkt etter kvalitativ litteratur og forskning, dette fordi jeg er interessert i foreldrenes opplevelser og behov. Jeg har valgt fire forskningsartikler som belyser problemstillingen.

Resultat: Funn viser at foreldrene opplevde det å komme hjem med et prematurt barn som krevende. Flere foreldre erfarte at hjemkomsten ble tøffere enn de hadde forestilt seg. Tett oppfølging fra sykehus og tidlig kontakt med helsesøster var med på å gjøre overgangen lettere. At helsesøster besøkte familien på nyfødtintensivavdelingen opplevdes som positivt. Det er mest fokus på mødrene i litteraturen, til tross for at fedrene ofte er like mye involvert i det som angår barnet som mor. Foreldrene hadde ulike opplevelser i møte med helsesøster, ofte relatert til opplevelsen av at hun hadde manglende kompetanse om for tidlig fødte barn. Begreper som samspill og tilknytning er sentralt fordi premature er utfordrende samspillspartnere.

Konklusjon: Foreldrene til det premature barnet har behov for en kompetent og tilgjengelig helsesøster. Hun kan ved å møte foreldrenes behov på en god måte, bli en faglig ressursperson for familien når de blir utskrevet fra sykehuset. Helsesøster må ha god kompetanse på premature barn. Hun må jobbe tverrfaglig og være oppmerksom på foreldrenes psykiske helse ved hjemkomst. Trygge foreldre gir barnet gode utviklingsmuligheter.

Nøkkelord: Premature barn, helsesøster, foreldre, overgang, kompetanse.

1.0 INNLEDNING

Tema for oppgaven er hvordan overgangen mellom nyfødtintensivavdelingen og hjemmet kan optimaliseres for foreldre med premature barn. Ordet prematur kommer fra latin, pre=før, mature=moden, født før det er modent. Normalt varer et svangerskap i 40 uker. Et barn som fødes før svangerskapsuke 37, eller har en fødselsvekt under 2500 gram, er prematurt (Saugstad, 2009).

Helsestasjonen utøver helsefremmende og forebyggende arbeid, oppfølging av sped-og småbarn med spesielle behov og oppfølging av foreldre med behov for utvidet støtte (Veileder til forskrift av 3. april 2003). Helsesøster er ofte det første møte familien har med helsepersonell etter utskrivelse fra sykehuset. I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på foreldrene. Foreldretrygghet er den viktigste forutsetningen for å lykkes i foreldrerollen og for at barnet skal få best mulig utvikling. (Markestad, 2009).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som sykepleier på nyfødtintensivavdeling har jeg opparbeidet meg kompetanse om pleie og behandling av premature barn, samt veiledning av foreldre. Jeg har sett hvor stor påkjenning og omveltning det er å få et barn som kommer for tidlig til verden. Mange ganger har jeg tenkt på hvordan det går videre med familiene vi sender hjem. Som kommende helsesøster er jeg nysgjerrig på helsesøsters rolle, og hvordan hun kan bidra til å optimalisere overgangen fra sykehuset til hjemmet. Min erfaring som sykepleier på nyfødtintensivavdeling ser jeg på som en styrke i arbeid med denne oppgaven.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan helsesøster best kan møte premature og deres foreldre når de utskrives fra sykehuset. Jeg ønsker å ha fokus på foreldrenes behov når de kommer hjem med sitt premature barn, og tar derfor utgangspunkt i deres opplevelser og erfaringer. Hvordan opplever foreldrene overgangen fra en nyfødtintensivavdeling og hjemmet? Hva gjør foreldrene trygge? Hva slags erfaringer har de fra møte med helsesøster? Hva kan helsesøster gjøre for at overgangen oppleves god? Jeg anser temaet som svært aktuelt for helsesøstre, fordi helsestasjonen har hovedansvaret

for oppfølging av disse barna (Nasjonale retningslinjer, 2007). I tillegg til dette, får helsestasjonene ofte kritikk av foreldre for at helsesøster og helsestasjonslege har for lite kunnskap om prematuritet (Markestad 2013., Karterud 2000).

Valgt problemstilling:

Hvordan kan helsesøster ivareta foreldre som kommer hjem med sitt premature barn?

1.3 Avgrensninger og begrepsavklaringer

Premature barn har ofte ulike medisinske utfordringer relatert til sin umodenhet (Saugstad, 2009). Jeg går ikke inn på utvikling og utfordringer hos de premature barna i oppgaven, da dette blir for omfattende.

Ved å ta utgangspunkt i foreldrenes opplevelser og erfaringer, og hva helsesøster kan gjøre for å skape trygghet og forutsigbarhet for foreldrene, har jeg et helsefremmende perspektiv. I oppgaven omtaler jeg helsesøster som hun.

2.0 TEORETISK PRESPEKTIV

2.1 Det premature barnet

Det er flere årsaker til at barn blir født prematurt. Ved over halvparten av fødslene vet vi ikke årsaken (Saugstad,2009.) Selv om de fleste utvikler seg normalt, har de for tidlig fødte barna høyere risiko for ulike følgetilstander. De er mer utsatt for helseproblemer etter utskrivelse og har hyppigere reinnleggelser enn fullbårne barn (Karterud,2009). Premature barn gir foreldrene ulike utfordringer når de kommer hjem, relatert til sin umodenhet. Spiseproblemer, kolikk, søvnvansker og uro er vanlig. De er ofte krevende barn (Tandberg, Steinnes,2009).

2.2 Å få et prematurt barn

Å få et prematurt barn, kan oppleves som en krise for foreldrene (Stjernqvist, 1999). De er ikke klare, og det premature barnet blir for mange ukjent og fremmed. Mødrene kan føle skyldfølelse for at barnet kom for tidlig, og foreldrene kan være redde for at barnet skal dø. Foreldre i krise har behov for gjentatt informasjon (Tandberg & Steinnes, 2009). I dag involveres foreldrene i pleien og omsorgen av sitt premature barn så tidlig som mulig. Det tilstrebes kenguruomsorg på de fleste nyfødtafdelinger, det vil si at barnet får ligge flere timer hud-mot-hud med foreldrene i løpet av døgnet. I tillegg gis det samspillsveiledning, slik at foreldrene får hjelp til å lære og lese barnets signaler (Moss, Hval, Hellerud & Petersen, 2007).

2.3 Hjemkomsten

Etter uker, kanskje måneder på nyfødintensivavdelingen, kommer hjemreisedagen. Og foreldrene får totalansvaret for barnet. Det er en stor overgang å forlate nyfødintensiv avdelingen og komme hjem for å starte en mer normal tilværelse hjemme. I følge Stjernqvist (1999), er det først når foreldrene kommer hjem at de begynner å bearbeide opplevelsen rundt det å få et prematurt barn. Det er ofte da de kan kjenne etter hvordan de egentlig har det. Foreldre kan bli deprimerte, og for mange kan overgangen blir tøffere enn de var forberedt på (Saugstad, 1999).

2.4 Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn.

Veilederen «Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn.» ble utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2007. Målet for retningslinjene er å sikre kvaliteten på oppfølging av for tidlig fødte barn og deres familier etter utskrivelse fra nyfødttintensivavdelingen. Råd og anbefalinger bygger på oppdatert kunnskap. Foreldrene skal bli trygge i sin omsorgsutøvelse, og lære å tolke barnets signaler og behov. Det anbefales at familier med premature barn får en tettere og mer målrettet oppfølging. Trygge foreldre gir barnet gode utviklingsmuligheter (Markestad,2007).

Det legges i veilederen vekt på god kartlegging av familiens behov og på å møte foreldrenes usikkerhet og bekymringer, slik at de på best mulig måte kan gi god omsorg til sitt barn. Før utskrivelse fra nyfødtavdelingen må det være en plan for hvem som følger opp familien når de kommer hjem. Helsesøster og fastlege har her et spesielt ansvar. I tillegg til oppfølging av vekst og utvikling er familiens mestring og behov et område helsesøster bør ha spesielt fokus på første leveår. Mangel på kompetanse hos fagpersoner skaper utrygghet, som overføres til foreldrene (Sosial-og Helsedirektoratet, 2007).

2.5 Samspill og tilknytning

Forskning har vist at utvikling av et tidlig og godt samspill mellom barn og foreldre er grunnleggende for barnets utvikling (Tandberg & Steinnes, 2009). Foreldre til for tidlig fødte barn har større utfordringer i samspillet med barnet sitt enn foreldre til fullbårne barn.

Nervesystemet hos for tidlig fødte barn er umodent, det gjør at de er ekstra sensitive for lyd, lys og stimuli (Moe, Slinning, Hansen,2010). Premature barn blir lett overstimulert, de har kortere våkenhetsperioder, de er lite tilgjengelige for blikk kontakt, og gir svakere og langsommere signaler enn fullbårne barn. Dette vil vedvare etter at de kommer hjem. Ved 4 mnd alder har de færre positive ansiktsuttrykk, de gråter mer, smiler mindre, gir mindre kontakt og lager færre godlyder enn barn født til termin (Moe et al, 2010). Undersøkelser viser at foreldre som har vanskeligheter med å tolke barnets signaler, blir usikre på egen kompetanse (Karterud,2009).

2.6 Helsesøster og helsestasjonstjenesten

I kommunens forebyggende og helsefremmende arbeid, utgjør helsesøstrene den største yrkesgruppen. På helsestasjonen har helsesøster en sentral rolle, hun møter nesten alle barn det første leveåret, noe som gir henne en unik mulighet til å oppdage utviklingsavvik tidlig (Holme et al. 2015). I tillegg skal helsesøster oppdatere seg på ny kunnskap (Norsk sykepleieforbund, 2015). Helsepersonelloven understreker at helsesøster har plikt til å samarbeide tverrfaglig: « *Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.* » (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Tverrfaglig samarbeid er nødvendig for å kvalitetssikre oppfølgingen av for tidlig fødte barn. Fagpersoner rundt barnet og familien må samarbeide om vurderinger og rådgivning. Dette er en forutsetning for å kunne møte familienes ulike behov (Tandberg & Steinnes, 2009).

Helsestasjonen skal være en arena hvor foreldrene føler det er trygt å fortelle om utfordringer, og hva de strever med. Et sted de får nødvendig hjelp og veiledning. Målet er å styrke foreldrerollen, slik at foreldrene kan fremme god helse, utvikling og vekst hos sitt barn (Holme, et al, 2015., St.meld.nr 34, 2013). Helsesøster skal overvåke helsetilstanden blant barnefamilier og sette inn tiltak som forebygger sykdom og fremmer helse.

Helsestasjonstjenesten er opptatt av familiens egne behov og ressurser og begrepet empowerment er sentralt (Glavin, Helseth & Kvarme, 2009). Empowerment står for kraft, makt og styrke. Det handler om å få makt og kontroll over egne liv. Målet er å styrke ressursene hos foreldrene slik at de får økt selvtillit og kontroll over faktorene som påvirker helsen. I dette tilfellet omsorgen for et prematurt barn. Resultatet blir opplevelsen av mestring (Askheim og Starrin, 2010).

Helsesøster har her en sentral rolle. Hun må møte foreldrene der de er og støtte foreldrenes egne indre styrke. Kun premature barn født før uke 28, eller med vekt under 1000 gram følges rutinemessig opp av spesialisthelsetjenesten. De fleste premature barn får oppfølging kun på helsestasjonen, det forutsetter høy faglig kompetanse hos helsesøster og helsestasjonslege (Sosial-og Helsedirektoratet, 2007).

3.0 METODE

3.1 Litteraturstudie

Oppgaven er et litteraturstudie. Jeg har søkt i eksisterende litteratur og forskning om det jeg ønsker å fordype meg i, systematisert og tolket det jeg fant (Dalland 2012). Jeg benytter meg av oppsummert kunnskap, gjør ikke intervjuer selv, da det allerede finnes litteratur jeg kan bruke.

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» (Dalland 2012,s.111.)

I helsefaglig forskning skiller vi mellom to ulike metodiske retninger. Den kvantitative og den kvalitative. Den kvantitative metoden kjennetegnes ved at noe er målbart eller kan telles. Kvalitativ forskning brukes for å forstå og forklare, det forskes på fenomener, og man går i dybden. Faktorer som relasjoner, følelser og holdninger er av interesse. Forskingen beskriver hva, hvem og hvordan. Her prøver man å forstå og beskrive det fenomenet man undersøker. Ved å være opptatt av egenskaper og karaktertrekk, får man fram mer nyanser enn vi gjør ved bruk av kvantitative metoder (Malterud,2011). Jeg har primært søkt etter kvalitativ litteratur og artikler, fordi jeg er interessert i foreldrenes opplevelser og behov.

3.2 Søkeprosessen

Jeg har søkt i følgende databaser: Swemed+, Chinal, Medline og PubMed. I tillegg har jeg søkt i Oria, Helsebiblioteket, Folkehelseinstituttet og Google Scholar.

Norske søkeord: Prematur, foreldre, helsesøster, overgang, hjemreise, for tidlig fødte og helsestasjon. Engelske søkeord: Premature infants, parents, community health nurse, public health nurse, discharge, aftercare og transition. De engelske søkeordene fant jeg ved bruk av SweMed+, hvor de kommer opp som MesSH-termer. Søk i databaser og kombinerings av søkeord er vist i tabell, se vedlegg 1. Abstrakter er lest, artikler som var av interesse ble lest i fulltekst, fire ble valgt.

Jeg har sett på referanselister i oppgaver publisert i Bibsys, med relevans for min oppgave, dette er med på å gi meg en systematisk oversikt. For å lettere strukturere spørsmålet var bruk av Pico skjema nyttig.

Veiledning fra biblioteket på Høgskolen, var til god hjelp. Det finnes mye forskning på premature barn, relatert til barnets situasjon og utvikling. Jeg fant lite forskning på foreldrenes opplevelser rundt det å få et prematurt barn og enda mindre forskning som går på helsesøsters møte med disse barna og deres familier. Litt overraskende da dette er barn alle helsesøstre kommer til å møte. Artikkelen jeg har valgt gir meg et bilde på foreldrenes opplevelser.

3.3 Seleksjonskriterier

Søket er begrenset til nordiske og engelske forskningsartikler fra 2005-2015. Jeg har fordypet meg til litteratur relatert til problemstillingen, pensumlitteratur, masteroppgaver, samt ulike veiledere, lover og forskrifter.

Artikkelen er fagfellevurdert, kvalitetssikret av andre eksperter på fagfeltet. Dette gir bedre kvalitetssikring av artiklene (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Sjekklisten på kunnskapssenteret.no (2016), er brukt for vurdering av artiklene. Det metodiske redskapet i en litterær oppgave, er kildekritikk av de skriftlige kildene jeg har funnet (Dalland, 2012).

I

I forskning som involverer mennesker er det viktig å ivareta personenes integritet. Artiklene oppfyller forskningsetiske krav. Foreldrene har gitt skriftlig samtykke og studiene har tilrådning fra en etisk komite.

Tre av artiklene går direkte på problemstillingen. Jeg har valgt to artikler hvor en form for intervensjon er gjort og to uten noen form for intervensjon. Dette for å få bedre oversikt over foreldrenes behov, og hvilke tiltak som har hatt effekt. Artikkelen «*Fødselen kom som et sjokk*», har jeg valgt å inkludere for å få et innblikk i hvordan det kan oppleves å bli foreldre til et prematurt barn. Den er ikke direkte relatert til min problemstilling, men anser den som svært relevant. En styrke er at begge foreldrene blir intervjuet.

3.4 Metodediskusjon

Felles for artiklene er bruk av semistrukturerte intervjuer, fokusgrupper eller begge deler. Fokusgruppeintervju egner seg for å studere felles erfaringer, og semistrukturerte intervjuer er best å bruke for å avdekke personlige erfaringer (Bjørndal, Flottorp, Klovning, 2013).

I fokusgrupper er hensikten utveksling av erfaringer og utvikling av kunnskap (Malterud, 2009). Gruppesamtaler gir ikke samme kunnskap som individuelle intervjuer. Det

er ikke krav til transkribering, kan gi redusert kvalitet. I denne type intervju brukes en guide for å holde fokus på problemstillingen, samtidig som man tilpasser seg informanten.

(Malterud,2009). I valgte artikler er det historier og sitater fra foreldre, hvor de deler opplevelse og erfaringer. Dette er for meg rik kunnskap, og akkurat det jeg er på jakt etter. En av studiene har brukt semistrukturerte intervjuer og fokusgrupper, har og et godt utvalg av foreldre, styrker studiens validitet, den er derfor inkludert selv om den er fra 2005.

I to av studiene fokuseres det kun på mødrene, kan være en svakhet. Det er allikevel interessant å inkludere de, og sammenligne resultatene, da den ene gruppen mødre kom hjem uten noen form for intervensjon, mens den andre gruppen ble fulgt opp ved en ressurshelsestasjon for premature. Det meste av litteraturen jeg har funnet omhandler mors opplevelser. Artiklene gjenspeiler dette, det er dessverre lite fokus på far.

Ulik alder på de premature barna, gjør at det blir en mindre homogen gruppe, dette kan være en svakhet, men lite forskning på tema begrenser utvalget. Studiene har med premature barn helt ned i 24 uker. De ekstremt premature barna, som er født før uke 28, eller veier under 1000 gram, har ofte flere utfordringer, noe som kan påvirke foreldrenes opplevelse av å komme hjem (Saugstad, 2009).

4.0 RESULTAT

4.1 Oppsummering av inkluderte artikler.

1. «En ny hverdag». S.Sørby, L.Fegran. Nordisk tidsskrift for helseforskning nr.2-,2015, 11 årgang. Norge. **Hensikt:** Få svar på hvordan mødre til premature barn opplevde støtten de fikk ved en ressurs-helsestasjon for premature. **Design/metode:** Kvalitativ studie, semi-strukturert intervju. **Deltagere:** 9 mødre til premature barn, født i uke 25-34, som fikk oppfølging ved en ressurs-helsestasjon etter hjemkomst. **Resultat:** Mødrene opplevde en krevende hverdag med gleder og utfordringer. Følelsen av å mestre hverdagen var avhengig av helsesøsters kunnskap og erfaring med premature barn. De opplevde følelsen av mestring gjennom tilgjengelighet, kompetanse og tilrettelegging for et godt sosialt nettverk.

2. «How to facilitate parents and their premature infant for the transition home», A.Broedsgaard & L.Wagner. International Council of Nurses, International Nursing Review, 2005. Danmark. **Hensikt:** Presentere foreldre til prematures erfaringer som deltagere i et tverrfaglig endringsprogram, startet for å optimalisere overgangen fra nyfødtavdelingen og hjem **Design/metode:** Beskrivende studie, kvantitativ metode, i form av semi-strukturerte spørreskjema og kvalitativ metode, fokusgruppe intervju. **Deltagere:** Foreldre til premature barn født før uke 34, 39 familier, 37 svarte på spørreskjema, 18 deltok i fokusgrupper. **Resultat:** 94 % av deltagerne var fornøyd med programmet, foreldrene opplevde at deres behov ble møtt. Kontinuitet på oppfølging, støttende tverrfaglig samarbeid og tilrettelegging bidro til trygghet ved hjemreise. Studien bidro til økt kunnskap om utfordringer som oppstår i familier med premature barn.

3. «Caring for a Preterm Infant at Home». L.Phillips-Pula, R. Pickler, J. M. McGrath, L.F. Brown, S.C.Dusing. 2013. USA. **Hensikt:** Presentere mødres erfaringer fra hverdagen med premature barn, de 6 første månedene etter utskrivelse fra nyfødtintensivavdeling, uten noen form for intervensjon. **Design /Metode:** En fenomenologisk studie ved bruk av semistrukturerte intervjuer over en 4 måneders periode. **Deltagere:** 8 mødre med premature barn med gestasjonsalder fra 24-32 uker. **Resultat:** Mødrene følte seg overveldet over alt de skulle mestre når de kom hjem. Hverdagen med et prematurt barn opplevde de som svært krevende.

4. «Fødselen kom som et sjokk». E. S. Hansen. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, 2010. Norge. **Hensikt:** Presentere begge foreldres opplevelse av for tidlig fødsel, og hvordan dette påvirker samspillet i familien. **Design / Metode:** Det er benyttet en metode inspirert av grounded theory. Kvalitativ, undersøkende og beskrivende intervju. **Deltagere:** 9 foreldrepar med premature barn, født i uke 27-30, med fødselsvekt 1000-1500 gram. Intervjuene gjøres når barna er 3 måneder korrigert alder. **Resultat:** Mødre og fedre opplever begge den uventede for tidlig fødselen følelsesmessig sterkt, men tar ulike roller i situasjonen. De er uforberedt både praktisk og mentalt. Den første tiden føles kaotisk og dramatisk, foreldrene opplevde at de ble lite ivaretatt og det tok tid før mor og farsfølelsen kom. Ved hjemkomst er de engstelige og har lite overskudd til å ivareta parforholdet.

4.2 Foreldrenes opplevelse av å få et prematurt barn.

I studiene til Broedsgaard & Wagner ga begge foreldrene uttrykk for sjokk og engstelse over å ha fått et prematurt barn. I den krisen de opplevde var behovet for å få gjentatt informasjon viktig (Broedsgaard & Wagner, 2005), (Louis Phillips-Pula et.al,2013). Mødrene poengterte behovet for å få repetert informasjon. I artikkelen til Hansen beskriver foreldrene tiden etter fødsel som uvirkelig, som å være i en boble. Fedre fikk ofte en handlende rolle, mødrene uttrykket engstelse og mer følelser. Mødrene i studiene til Lois Phillips-Pula et.al følte frykt med en gang barnet var født.

4.3 Samspill og tilknytning

Foreldrene opplevde at det var vanskelig å få gjensidig kontakt og følte ikke nærhet til barnet sitt (Hansen,2010). I studien til Fegran og Sørbye forteller mødrene om morskjærligheten som kommer etter hvert, når barnet kommuniserer mer og begynner å smile. De ble tryggere i foreldrerollen når de ble bedre kjent med barnet sitt. En far beskrev at han bevisst holdt igjen følelser. «Jeg fikk ikke sånn ordentlig farsfølelse med en gang og så lenge du ikke vet...» (Hansen, 2010, s. 9). Mødrene opplevde at det var psykisk tøft å føde prematurt, det vanskeliggjorde tilknytningen til barnet (Broedsgaard & Wagner,2005).

4.4 Hjemkomsten

Overgangen fra nyfødtintensivavdelingen til hjemmet var en tid med blandede følelser for de fleste foreldrene. Mange var redde for at de ikke skulle klare å passe godt nok på barnet sitt. Felles for alle foreldrene ved hjemkomst, var følelsen av å være alene med ansvaret for barnet. Familiene trengte tid til å tilpasse seg den nye tilværelsen, etter å ha vært uker eller måneder på nyfødtintensivavdelingen (Broedsgaard & Wagner, 2005). En stor overgang fra trygghet på nyfødtintensivavdelingen, med overvåkning og pleiere, til å komme hjem alene (Hansen, 2010). Mødrene i studien til Lois Phillips-Pula et.al beskriver lykken ved å komme hjem som kortvarig. Å ta vare på sitt premature barn så de på som det vanskeligste tiden i livet deres, med uventede utfordringer. De var bekymret, redde og usikre på sin rolle som omsorgsgiver. De ventet på at en katastrofe skulle skje med barnet, at det plutselig skulle dø. Noen våknet hver time hele natten for å sjekke at barnet pustet. Mødrene uttrykte frykt for fremtiden og følte seg utslitte de første månedene. Mangelen på søvn gikk utover forholdet til partneren.

I Sørby og Fegran sin studie gir mødrene uttrykk for at det å komme hjem førte med seg både glede og usikkerhet. Glede over å kunne styre egen hverdag, hjemreisen ble sett på som starten på det friske og normale. Men de var ikke forberedt på at hverdagen med et prematurt barn var preget av rutiner og tilrettelegging. Barna var fortsatt følsomme for stimuli som lys, lyd og temperatur og hjemkomsten ble mer krevende enn de hadde sett for seg. Foreldrene var redde for at barnet skulle få infeksjoner, noe som gjorde at de isolerte seg. Frykt for infeksjoner, som igjen fører til isolasjon og tap av nettverk nevnes og av foreldre i studien til Broedsgaard & Wagner. Samtlige foreldrene fortalte at det å bli en ny familie var en stor overgang. I alle studiene beskriver foreldrene det som overveldende å komme hjem med et prematurt barn. Foreldre opplevde at familie og venner rundt forventet at alt var normalisert når de kom hjem. Noe som ikke stemte med virkeligheten (Louis Phillips-Pula et.al.)

4.5 Møte med helsesøster.

Foreldrene forteller om ulike opplevelser i møte med helsesøster. For mange ble hun en viktig støtte, en fagperson de kunne henvende seg til med spørsmål og bekymringer. En fleksibel helsesøster som kunne stille opp på kort varsel ga trygghet. Hyppige kontroller ga foreldrene en følelse av at de ikke var overlatt til seg selv (Sørby & Fegran, 2015). Mødrene i den samme studien uttrykte at de var avhengige av helsesøster for å mestre hverdagen.

Andre foreldre kunne fortelle om et annet møte med helsesøster, hvor mangel på kompetanse førte til at de ikke så på henne som en ressursperson. Foreldrene ønsket seg en mer erfaren og moden helsesøster. De beskrev det slik: «Det føltes ikke som hun hadde noe særlig erfaring på området med premature...Så alt hun sa var sånn rett fra læreboka.» (Sørby & Fegran, 2015,s.67). Å møte en helsesøster som ikke hadde nødvendig erfaring og kunnskap på området, skapte usikkerhet og frustrasjon hos foreldrene, de måtte lære opp helsesøster samtidig som de selv var usikre i den nye situasjonen. Helsesøster hadde begrenset kunnskap om den lange sykehusinnleggelsen, og lite forståelse for foreldrenes behov for bearbeiding av dette. Foreldrene opplevde at støtten de fikk gjennom intervensjonsprogrammet bidro til at de fikk troen på at de ville mestre omsorgen for sitt premature barn etter utskrivelse. De som hadde hatt kontakt med helsesøster før utskrivelse, syns det var lettere å reise hjem (Broedsgaard & Wagner 2005). Sammenfallende for alle studiene er foreldrenes behov for å snakke med andre i samme situasjon. Støttegrupper og barselgrupper for premature ble etterlyst.

5.0 DISKUSJON

Resultatene fra artiklene diskuteres opp mot det teoretiske perspektivet.

5.1 Foreldrenes opplevelse av å få et prematurt barn

Å bli foreldre til et prematurt barn er en stor omveltning. Ord som sjokk, angst, uvirkelighetsfølelse går igjen. Behov for at informasjonen blir gjentatt samsvarer med teorien, foreldrene er i en krise og det er vanskelig å lagre informasjon. Foreldre trenger hjelp til å bearbeide reaksjoner etter å ha fått et prematurt barn (Stjernqvist, 1999) Min erfaring er at de trenger en fagperson å snakke med, i tillegg til familie og venner. Dette behovet vil trolig vedvare etter hjemreise, og da har de ikke lenger pleiepersonell ved sin side.

Foreldrene ble intervjuet sammen, dette kan være en svakhet, da de kan påvirke hverandres svar. At det i artiklene er lite fokus på far harmonerer ikke med virkeligheten. Far har ofte en aktiv rolle helt fra barnet er født. Mor kan være i dårlig form etter fødsel, da er det far som får den første kontakten med barnet. Han oppfordres aktivt til å delta i stell på lik linje med mor.

5.2 Samspill og tilknytning

Det er av stor betydning at foreldrene får kunnskap om at premature gir svakere signaler i samspillet sitt med verden rundt. At det er normalt, slik at de ikke blir usikre på egen kompetanse, når de små ikke responderer som forventet. Flere foreldre ga uttrykk for at de var overrasket over at dette fortsatt var en utfordring etter hjemkomst (Fegran & Sørbye, 2015). Det er viktig at helsesøster kartlegger hva de har fått av samspillsveiledning og har kompetanse på området. Her kommer begrepet empowerment inn. Foreldrene er eksperter på sitt barn, helsesøsters oppgave blir å støtte og veilede. Flere foreldre beskrev mangel på søvn, angst, usikkerhet, bekymringer og at de var slitne (Lois Phillips-Pula et al.), (Broodsgaard & Wagner) Dette er faktorer som gjør at tilknytningen til barnet blir vanskeligere. At foreldrene lærer å lese barnets signaler, bidrar til trygghet når de kommer hjem (Markestad, 2009). Min erfaring er at god samspillsveiledning er nyttig, men at utfordringer relatert til tilknytning og kan forekomme etter hjemkomst.

5.3 Hjemkomsten

Stjernqvist viser til at de fleste foreldrene får reaksjoner på den for tidlige fødselen, først etter at de har kommet hjem. Det samsvarer med funnene jeg har gjort i artiklene. Foreldrene beskriver lykken ved å komme hjem som kortvarig, de sliter med angst og søvnvansker, de er slitne og isolerer seg. De har blitt forespeilet, og forventer en normal tilværelse, og opplever ikke det. Sorg og bekymring som ble «satt på vent» i den akutte fasen, innhenter de når de kommer hjem (Fegran & Sørbye, 2015), (Broedsgaard & Wagner, 2005). Dette stemmer med min erfaring som sykepleier i møte med disse foreldrene. De har som regel mer enn nok med å mestre utfordringene sykehushverdagen byr på. Kartlegging av foreldrenes psykiske helse etter hjemkomst bør derfor prioriteres for å forebygge psykiske vansker, slik at de mestrer foreldrerollen.

Flere foreldre erfarte at hjemkomsten ble tøffere enn de hadde sett for seg. De var ikke forberedt på at barnet fortsatt trengte mye tilrettelegging. Har helsesøster etablert en relasjon med foreldrene allerede på nyfødtintensiv, står hun bedre rustet til å møte de der de er, når de har kommet hjem.

I Karteruds oppgave ga foreldrene uttrykk for at det de ønsket mere oppfølging på, var barnets utvikling og helsetilstand. Økt kunnskap hos helsesøster og foreldre om prematures utvikling, kan bidra til at utviklingsavvik blir oppdaget tidlig, slik at nødvendige tiltak blir satt i gang. Kontinuitet, tverrfaglighet og overføring av informasjon, fremhevet foreldrene som viktige behov ved hjemreise. Tandberg og Steinnes, legger og vekt på tverrfaglighet for å kvalitetssikre oppfølgingen av for tidlig fødte barn. Det er en forutsetning for å kunne møte familiens ulike behov. Disse rådene samsvarer godt med resultatet i studiene med intervensjon. Det er av stor betydning at fagpersoner rundt barnet og familien samarbeider om vurderinger og rådgivning.

5.4 Møte med helsesøster

Helsesøstre har et bredt ansvarsområde med kompetanse på barn og unge fra 0-20 år. Premature barn er en liten gruppe på helsestasjonen, og utgjør rundt 7,5% av alle barn helsesøster møter (Markestad, 2009). Foreldrene har vært omgitt av spesialister på premature barn, på nyfødtintensiv. Etter hjemreise får de selv hovedansvaret for barnet noe som kan virke overveldende. Helsesøster har ikke spisskompetanse på premature, det samsvarer ikke alltid med foreldrenes forventninger, (Fegran & Sørbye, 2015).

At helsesøstre har et bredere kompetansefelt enn sykepleierne på nyfødtintensiv, kan på en annen side sees på som en fordel. Hun kan hjelpe familien og normalisere tilværelsen, den nye hverdagen. Fordi helsesøster har et helsefremmende og forebyggende perspektiv, er hun opptatt av å se det friske i barnet. Hun har fokus på salutogenese, hva som fremmer god helse, i motsetning til patogenesen, utvikling av sykdom, som ofte er hovedfokus i sykehusverdenen.

Det er viktig å møte foreldrene der de er og kartlegge deres behov, for å yte riktig og nødvendig helsehjelp. I Fegran og Sørbye sin studie uttrykte mødre at de var helt avhengige av helsesøster for å mestre hverdagen. I dette tilfellet kan bevisstgjøring av empowerment være viktig, slik at foreldrene gradvis tar over kontrollen selv, og gjør seg mindre avhengige av helsesøster.

Foreldrene hadde ulike opplevelser av møte med helsesøster. Noen av foreldrene var svært fornøyd, andre svært misfornøyd. Årsaken til dette kan være relatert til helsesøsters kompetanse. Tidligere forskning viser at helsesøstre selv uttrykker at de har for lite kompetanse på premature barn (Sosial-og Helsedirektoratet, 2007). Det som var sammenfallende i studiene, var at intervensjon sammen med foreldreveiledning økte foreldrenes trygghet, senket stressnivået og fremmet samspill.

Foreldrene ga uttrykk for at oppfølgingen av helsesøster var bedre, i de tilfeller hvor det var tett samarbeid med nyfødt intensiv, om hva barnet og foreldrene trenger(Fegran & Sørbye, 2015) Dette er i tråd med retningslinjene om oppfølging av for tidlig fødte barn, hvor det står at det skal vektlegges god kartlegging av familiens behov og å møte foreldrenes usikkerhet og bekymringer, slik at de på best mulig måte kan gi god omsorg til sitt barn (Sosial-og Helsedirektoratet, 2007). Helsesøster bør få muligheten til å skape en relasjon med familien allerede på nyfødtintensivavdelingen. Å få møte barnet og familien så tidlig som mulig, på sykehuset, kan bedre forståelsen av foreldrenes situasjon.

Mødrene hadde ulike ønsker om deltagelse i barselgruppe. Noen ønsket egen gruppe for premature (Hansen,2016). Det er viktig at helsesøster kartlegger ønsker og behov. I en barselgruppe for premature barn vil mødre kunne utveksle erfaringer, som kan bli en måte å bearbeide opplevelser på. I kommuner med mindre fødsler, kan det være lenge mellom de premature barna, noe som gjør at denne typen gruppe ikke er mulig å tilby. Deltagelse i en

velfungerende barselgruppe kan gi trygghet, redusere isolasjon. (Karterud,2000) Dette samsvarer med min erfaring med foreldregrupper på nyfødtintensivavdelingen.

Det at foreldrene nå er mer deltagende i pleien og omsorgen av sitt premature barn mens de er innlagt på nyfødtintensiv, gjør at foreldrene står bedre rustet til å komme hjem. De har fått samspillsveiledning, og kenguruomsorg gjør at tilknytningen styrkes (Moe et.al.)) Det er viktig at vi som helsesøstre bygger videre på kunnskapen de har med seg, kenguruomsorg kan og praktiseres etter hjemkomst.

Faglige retningslinjer for oppfølging av premature barn er fra 2007. De gir uttrykk for hva som ble ansett som god praksis i 2007. Det skjer stadig nyutvikling innen nyfødtomsorgen, det må tas i betraktning her. Retningslinjer er anbefalinger og råd som bygger på oppdatert kunnskap. Helsesøstre har selv ansvar for å holde seg faglig oppdatert. (Norsk Sykepleieforbund, 2015).

Artiklene viser at ulike oppfølgingsprogrammer som er prøvd ut, har god effekt.

Ressurshelsestasjoner ser ut til å være et svært godt tilbud. Men egne ressurshelsestasjoner for premature, er forbeholdt større steder, hvor antall premature barn er større. Min tanke er at alle helsestasjoner, uansett størrelse kan øke sin kompetanse på familier med premature barn. Et enkelt tiltak som å involvere helsesøster inn allerede på sykehuset, bør la seg gjøre alle steder. Premature utgjør en liten gruppe av barna på helsestasjonen (Markestad, 2007), men retningslinjene anbefaler at helsestasjonen har hyppigere kontakter med disse barna, det betyr at selv om de ikke er så mange i antall, utgjør de allikevel en god del av kontaktene. (Sosial-og Helsedirektoratet, 2007).

Disse barna og foreldrene har en spesiell plass i hjertet mitt. De premature er ikke så ulike andre barn, men de trenger det lille ekstra. Det har de fått fra starten og vi helsesøstre skal løfte de videre. Gi de litt mer av vår tid, litt tettere oppfølging og mye god helsesøster kompetanse. Det ikke så mye som skal til for å bidra til trygge foreldre, som igjen gir trygge barn.

Et hjertesukk til slutt.....

I retningslinjene for oppfølging av premature barn, står det at det er viktig å korrigere vekst og utvikling fram til og med 2 år. I min praksis som helsesøster har jeg vært på jakt etter percentilskjemaene for premature, er vant til å bruke de på nyfødt intensiv. I noen fagprogrammer finnes de, men blir ikke brukt. I andre program eksisterer de ikke.

Helsedirektoratet gir meg følgende svar:

-« I retningslinjearbeidet for måling og veiing ble det besluttet at premature skal bruke samme percentilkurve som andre barn. Det er kjent at for mange år siden fantes egne kurver til bruk i Norge, men de er ikke i bruk i dag.»

Vi oppfordres til å korrigere vekst, men får ikke tilgang på nødvendige verktøy for dette. Her stemmer teori og praksis dårlig overens, og fører til manglende kvalitetssikring av vekstkorrigering for de for tidlig fødte barna.

6.0 KONKLUSJON

Foreldrene til det premature barnet har behov for en kompetent og tilgjengelig helsesøster. Hun trenger ikke være ekspert på alle områder som omhandler premature barn, men hun må inneha kompetanse om denne gruppen barn, og forståelse for hva barn og foreldre sammen har vært igjennom. Hun må oppsøke kunnskap der hun mangler det, og tenke tverrfaglig rundt disse familiene. Ved å møte familien på nyfødtintensiv før utskrivelse, kan helsesøster få nyttig informasjon fra pleiere som kjenner familien. Samtidig kan hun få en relasjon til familien før de kommer hjem. Foreldrenes opplevelse av å komme hjem påvirkes av det tverrfaglige samarbeidet rundt familien.

Helsesøster kan ved å møte foreldrenes behov på en god måte, bli en faglig ressursperson for familien når de blir utskrevet fra sykehuset. Flere foreldre opplevde at de var mindre forberedt til hjemkomst enn de trodde. Familiene kan ha behov for tett oppfølging, de trenger ofte videre veiledning og råd når de kommer hjem. Helsesøster bør ha kjennskap til utfordringen ved samspill med premature. Hun må være ekstra våken i forhold til foreldrenes psykiske helse, da de kan ha hatt store påkjenninger, som ikke alltid kommer til uttrykk før de kommer hjem. Trygge foreldre gir barnet gode utviklingsmuligheter. Det er foreldrene som er eksperter på sitt barn, som helsesøstre skal vi støtte foreldrene (Markestad, 2009).

Litteraturliste

Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. (3.utg). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Broedsgaard, A. & Wagner, L. (2005) How to facilitate parents and their premature infant for the transition home. *International Nursing Review* 52, 196-203.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Hansen, E.S. (2010). Fødselen kom som et sjokk. Ni foreldrepars opplevelse av for tidlig fødsel. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 6(1), 3-13.

Helsepersonelloven, LOV-1999

Holme, H., Olavesen, E.S., Valla, L., Hansen, M.B. (2016). *Helsestasjons-tjenesten*. (1.utg) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Karterud, V. (2000). *Foreldre til premature barns behov for sykepleie ved overgangen fra nyfødtavdelingen til hjemmesituasjonen*. (Hovedoppgave). Oslo: Universitetet i Oslo

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3.utg). Universitetsforlaget AS Oslo.

Moe, V., Slinning, K., Hansen, M.B. (2010). *Håndbok i sped-og småbarns psykiske helse*. (1.utg) Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Moss, N., Hval, M., Hellerud, A., Dikkanen, K. (2007). *Samspillveileder Nyfødt intensiv*. Drammen: Nasjonalt kompetansenettverk for sped-og småbarns psykiske helse.

Norsk Sykepleierforbund (2015). «*Spesialistgodkjenning av helsesøstre*.»
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/696918/17036/Helsesosters-kompetanse>

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!* Akribe AS

Phillips-Pula, L., Pickler, R., McGrath, J.M., Brown, L. & Dusing, S.C. (2013). Caring for a Preterm Infant at Home. *The journal of Perinatal & Neonatal nursing*, 27(4), 335-344. <http://dx.doi.org/10.1097/JPN.Ob013e3182a983be>

Saugstad, O. D. (2009). *Når barnet er født for tidlig*. Spartacus forlag.

Sosial-og helsedirektoratet. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. (Veileder IS-1419) Oslo: Helsedirektoratet.

Sosial-og helsedirektoratet (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons-og skolehelsetjenesten*. Veileder til forskrift av 3. April 2003 nr. 450. Oslo. IS1154.

Stjernqvist, K. (1999). *Född för tidigt .Hur går det sedan?* (1.utg). Borås: Bokforlaget Natur och Kultur.

Sørby, S. & Fegran, L. (2015). «En ny hverdag» Mødres opplevelse av hverdagen med et prematurt barn, og støtten ved en ressurs-helsestasjon. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 11(2), 61-75. <http://dx.doi.org/10.7557/14.3709>

Tandberg, B.S & Steinnes, S. (2009). *Nyfødtsykepleie 1. Syke nyfødte og premature barn*. (1.utg). Oslo: Cappelen Damm AS.

Vedlegg 1.

Oversikt over søk i databaser:

Database	Treff	Relevante	Inkluderte
SveMed	21	4	2
Cinahl	88	7	1
PubMed	36	4	1

Oversikt over kombinasjoner av søkeord:

	«OR»		
«and»	Premature infants	Premature birth	
	Parents		
	Public health nurse	Community health nurse	
	Home	Transition	
	Caring	Aftercare	Discharge